

Souvenir

L.

(Schirmeck,

DE LA

RESTAURATION

DE LA

LÈVRE INFÉRIEURE

APRÈS L'ABLATÏON DU CANCROIDE

PAR

Léon SAINT-MARTIN

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS



PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, boulevard Saint-Michel, 52

1877

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Hommage de profonde gratitude.

A MON FRÈRE, A MA SOEUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE, A MES TANTES

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. U. TRÉLAT

Professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine

A M. BENJAMIN ANGER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

A M. Ch. BEDEL

Ex-interne des Hôpitaux de Strasbourg, lauréat de l'Université
Médecin à Schirmeck (Vosges annexées).

DE LA

RESTAURATION DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

APRÈS L'ABLATION DU CANCROÏDE.

INTRODUCTION ET DIVISION

Restaurer la lèvre inférieure est une opération qui, au premier abord, semble n'avoir d'autre but que de rendre à la bouche sa configuration et à la face entière sa convenance, son expression et sa régularité. Sans doute, ce point de vue doit préoccuper le chirurgien, et l'opération n'aboutirait-elle qu'à empêcher le malade d'être un objet de dégoût et d'horreur pour tous ceux qui l'entourent, qu'elle serait déjà très-utile et parfaitement indiquée. Mais ce n'est point là le seul service que rende cette restauration bien faite, car, chez les malheureux qui sont privés d'une notable partie de la lèvre inférieure, on a constaté l'écoulement de la salive et des liquides introduits dans la bouche, une grande difficulté de la mastication, enfin l'impossibilité de l'articulation des sons, surtout des sons labiaux (1). La cavité buccale est à découvert et subit une irritation incessante, les gencives s'altèrent, les dents s'ébranlent, s'incli-

1. Trélat, Gazette hebdomadaire, 1862, page 84.

nent en avant dans le sens où il n'y a pas de résistance. la langue tend au prolapsus, les mouvements de succion, de préhension alimentaire ne peuvent plus s'exécuter (1). Quant à la perte de la salive, elle n'est pas indifférente chez un malade déjà cachexié par le cancer, car la salive sert non-seulement à la gustation, à la mastication, à la déglutition, mais encore à la digestion de certains aliments.

Cette opération, qui rend de si grands services, n'est pas toujours facile. Sans doute, quand le cancroïde est peu étendu en largeur et en hauteur, l'opération est simple; il suffit de circonscrire la tumeur par deux incisions, de l'enlever et de rapprocher les bords de la plaie au moyen de points de sutures ; c'est le procédé en V que nous indiquons dans notre chapitre premier. Le cancroïde est-il étendu en surface, d'une commissure à l'autre, et peu en hauteur, l'opération est simple encore ; elle est pratiquée journellement dans les hôpitaux ; nous la décrirons rapidement dans notre chapitre II. Mais quand le cancroïde a envahi une surface trop grande pour que les lèvres de la plaie puissent être rapprochées, que faut-il faire?

Les deux premiers procédés ne suffiront plus ici ; il faudra avoir recours à une méthode nouvelle, bien étudiée seulement en notre siècle, à la cheiloplastie. La cheiloplastie commence donc lorsqu'on ne peut compter sur les procédés précédents pour la restitution de l'orifice buccal ; elle se caractérise par la nécessité de faire un travail opératoire autre que celui qui consiste dans l'ablation ou la réunion. La brèche est trop grande pour pouvoir être comblée par

1. Bouisson, article cheiloplastie du dictionnaire encyclopédique de Dechambre.

le simple affrontement des tissus ; il faut en rétablir la continuité et en conserver la forme par l'apport d'un opercule vivant dont l'emprunt peut se faire à diverses régions. Au chapitre III, où nous traiterons de la cheiloplastie, ce mode d'emprunt nous servira à distinguer les méthodes anaplastiques. Qu'il nous suffise ici de rappeler ce que Velpeau écrivait dans son traité de médecine opératoire : la cheiloplastie est une opération qu'on ne peut soumettre à des règles absolues et qui se modifie suivant chaque cas particulier, suivant les circonstances et les limites du mal à enlever. Ceci explique pourquoi, bien loin de prétendre donner des règles fixes et de prôner une seule méthode, nous nous sommes surtout attachés à décrire les procédés qui nous semblaient devoir être employés de préférence, laissant à ceux qui voudraient bien consulter notre thèse le soin de choisir eux-mêmes le mode opératoire qui convient le mieux au cas particulier qu'ils ont à traiter.

Nous prions MM. U. Trélat et Benj. Anger de recevoir tous nos remercîments : M. Trélat, pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse et nous avoir autorisé à décrire un procédé dont il a fait le sujet d'une communication très-intéressante à la Société de chirurgie de Paris ; M. Benj. Anger, pour nous avoir dirigé dans ce travail et communiqué une nouvelle méthode de cheiloplastie qui n'a pas été employée jusqu'ici, en France du moins (1).

1. Ajoutons que M. le Dr Robert nous a fait connaître le procédé de Laoden, professeur de clinique chirurgicale à Valladolid. C'est le procédé XIII.

CHAPITRE I.

INCISION EN V.

Emploi. — Quand le cancroïde est peu étendu en hauteur et en largeur, on emploie le procédé en V. On ne s'en sert que dans les cas où, le cancroïde enlevé, on peut faire la suture des deux lèvres de la plaie sans tiraillement considérable.

Procédé opératoire. — On isole la partie malade de la lèvre inférieure par deux incisions d'égale longueur en forme d'un coin. Ces incisions commencent au bord libre de la lèvre sur la portion cancroïdée, comprennent à la fois la peau, la couche musculaire et la muqueuse, et sont ainsi conduites obliquement vers le bas à travers toute l'épaisseur de la lèvre. Elles se rejoignent en un point commun, situé plus ou moins près du bord libre de la mâchoire. Il est évident que la direction de ces incisions peut être modifiée, selon la forme du cancroïde, afin de conserver les tissus sains, tout en sachant respecter ceux que le mal a envahis. Ainsi, quand le cancroïde, au lieu d'être vertical, est oblique par rapport au bord libre de la lèvre, ou quand il se dirige obliquement d'une commissure vers le menton, il peut être plus avantageux de donner aux deux incisions une direction oblique et une longueur inégale. Quelquefois, on transforme l'incision la plus longue en une ligne brisée. De même on peut combiner une incision verticale, et une

autre oblique d'une longueur différente, ou bien deux incisions curvilignes.

Il peut être nécessaire de limiter le cancroïde par plusieurs incisions en V, pour le circonscrire totalement ; dans ce cas la perte de substance est en général trop considérable pour permettre le rapprochement des parties sans tiraillement, et il faut recourir à la cheiloplastie.

Traitement. — On rapproche les deux bords saignants de la lèvre comme dans l'opération du bec de lièvre simple, c'est-à-dire au moyen de la suture entortillée, puis on applique un pansement. Nous croyons inutile d'insister sur ce point, nous ne pourrions que répéter la description donnée par M. Guérin dans son traité de médecine opératoire (1), auquel nous renvoyons le lecteur. Ajoutons, seulement, que les épingles doivent rester en place trois à quatre jours, malgré le danger de l'irritation et de la suppuration. parce que, les muscles tendant à écarter les bords réunis, il faut attendre le temps nécessaire pour une véritable cicatrisation et non pour une adhésion pure et simple.

Le repos au lit, le silence, la diète d'abord, puis la nourriture au biberon seront recommandés.

Les complications sont rares et l'opération réussit presque toujours, car le malade n'est pas encore cachexié. Dans l'observation de Velpeau que je vais citer, la réunion de la plaie était très-solide et la difformité très-peu sensible.

1. Guérin, médecine opératoire, Paris 1874 page 10 et 425.

Observation I (1).

Il s'agit d'un garçon de vingt-trois ans (Courtillac Jean), robuste, bien portant du reste, qui n'a point éprouvé de maladie grave dans le cours de sa vie, et qui n'a jamais été atteint de la vénérienne. Il exerce la profession de maçon ; sa maladie de la lèvre date de dix mois environ, et a débuté par une gerçure ou crevasse à la lèvre inférieure. Cette crevasse a persisté avec opiniâtreté, s'est recouverte d'une croûte qui est tombée et s'est reproduite à diverses reprises. Bientôt elle a été accompagnée d'un engorgement qui lui a servi de base, et elle a constitué alors un gros bouton ulcéré qui est devenu le siége d'élancements aigus et fréquents. Ce bouton a grossi peu à peu, mais lentement, et a fini par acquérir le volume d'une petite noisette : il est situé exactement sur la partie moyenne de la lèvre et en occupe tout le bord libre, est recouvert de croûtes sous lesquelles on remarque une ulcération couverte de granulations qui saignent très-facilement; les élancements que le malade éprouve sont fréquents, mais non pas très-violents. Le traitement qu'a fait ce jeune homme pour se guérir de ce mal a été tout-à-fait insignifiant, et n'a pu modifier en aucune façon la marche et la nature du mal dont il est atteint.

M. Velpeau pratique sur ce jeune homme l'opération par la méthode de l'incision en V ; deux incisions obliques de trois quarts de pouce environ chacune et se réunissant à leur sommet, circonscrivent tout le mal et le dépassent de plusieurs lignes. Peu de sang s'écoule pendant cette opération ; la plaie est réunie à l'aide de deux points de suture entortillée ; il n'est pas fait d'autre pansement. Aucun accident ne survint après l'opération.

Le mardi 12 novembre, trois jours après l'opération, M. Vel-

1. Leçons orales de clinique chirurgicale du professeur Velpeau. Paris 1841, Tome III, p. 138.

peau ôte l'aiguille inférieure ; le 13, il ôte la seconde ; un bandage, chargé de ramener les lèvres en avant, est appliqué pour éviter la désunion des parties. La réunion se maintient parfaitement ; mais le malade est pris de mal de tête, de fièvre et d'angine tonsillaire ; les ganglions lymphatiques sous-maxillaires deviennent douloureux (sangsues derrière les angles des mâchoires, diète, boissons délayantes) ; une eschare superficielle se manifeste sur le bord de la lèvre intérieure, mais l'adhésion des bords de la plaie persiste. Cet état de fièvre et de malaise a duré encore plusieurs jours sans qu'il soit possible de déterminer à quelle cause les attribuer. Courtillac sort bien guéri le 29 novembre. La réunion de la plaie est très-solide et la difformité très-peu sensible.

CHAPITRE II.

INCISION EN ARC.

Emploi. — Le cancroïde a pris naissance au bord libre de la lèvre, il est étendu horizontalement, mais peu en hauteur, que faut-il faire ?

Procédé opératoire. — Si nous mettions en pratique le procédé en V, il est évident que nous serions obligés de sacrifier une notable partie de tissus sains. Il est bien préférable d'avoir recours à l'ablation de la partie malade par une incision courbe qui limite exactement le mal. Les Allemands se servent de la pince de Brüns (1) dont les deux branches sont recourbées à leur extrémité. On place le cancroïde entre les deux branches, de façon qu'il se trouve totalement contenu dans leur concavité tournée en haut. Alors, le long de la partie convexe, on glisse un bistouri et on sépare d'un seul trait toute la portion saisie. En France on se sert uniquement des ciseaux courbes avec lesquels on excise le mal d'un seul coup. Après l'opération, on lie les artères et on traite la surface saignante comme une plaie ordinaire sans faire de sutures. Ici la nature se suffit à elle-même et son œuvre est souvent très-heureuse ; quand la cicatrisation est faite, il reste peu ou pas de diffor-

1. Günther et Kühn, médecine opératoire, Tome VI et VII Leipsig — Nous avons puisé quelques renseignements dans ce livre, grâce à l'obligeance de notre ami, M. Auguste Cacheux, qui a bien voulu nous en donner la traduction.

mité. D'ailleurs, si la lèvre n'était pas très-convenable, on pourrait y remédier.

Nous avons recueilli dans le service de M. Benj. Anger à l'hôpital Saint-Antoine l'observation d'une femme opérée par ce procédé qui a donné de bons résultats : nous croyons devoir la rapporter.

Observation II. — (*Personnelle*).

Derou Françoise, âgée de 76 ans, n'a jamais eu de maladies graves, mais elle porte depuis trente ans à la cornée droite une large taie triangulaire qui l'empêche de voir. Au commencement de l'année dernière, elle remarqua à un centimètre environ de la commissure droite une petite ulcération qui saignait au moindre contact et se recouvrait de croûtes. Ces croûtes tombaient et se renouvelaient presque immédiatement. Le mal s'étendit peu à peu vers la ligne médiane, et, quand la malade se présenta en juin au service de M. Benjamin Anger pour se faire opérer, elle présentait une ulcération mamelonnée, saignant au moindre contact, peu étendue en hauteur, mais occupant tout le bord libre de la lèvre, à l'exception d'un centimètre vers la commissure droite.

Opération en juin 1876. — Le cancroïde est enlevé au moyen de ciseaux courbes; la plaie est pansée à l'alcool camphré ; il n'y a pas de complications. 18 jours après son entrée à l'hôpital la malade sortait parfaitement guérie ; la lèvre était rétablie, la parole libre, les dents couvertes ; pas de perte de salive, la préhension et la rétention des aliments se faisaient très-bien.

Récidive. — Il y a cinq mois la malade vit reparaître à la commissure droite un bouton qui, dit-elle, se perça bientôt après. Il occupait à peu près la même étendue que le premier.

– Les ganglions n'étaient point envahis. Nouvelle opération le jeudi 7 juin et enlèvement du cancroïde avec les ciseaux courbes. Pas de chloroforme.

Aujourd'hui 2 juillet, la plaie est presque cicatrisée, la malade parle distinctement; la lèvre supérieure s'applique exactement sur l'inférieure quand la malade cherche à fermer complétement la bouche. — Toutefois, les dents sont encore un peu à découvert, mais il est probable que, sous peu, cette dernière difformité disparaîtra. En somme, le résultat est satisfaisant.

CHAPITRE III.

DE LA CHEILOPLASTIE.

La cheiloplastie (χεῖλος lèvre, πλαττειν, faire) est une opération qui consiste à restaurer totalement ou partiellement les lèvres dont la substance a été détruite ou déformée. D'après Chassaignac (1), qui ne fait que développer une opinion déjà soutenue par Martinet (de la Creuse), la cheiloplastie éloignerait peut-être la récidive des cancers, car, dans un cas qu'il cite et où la récidive a eu lieu, le lambeau autoplastique fut respecté et la maladie sembla s'arrêter devant lui comme devant un obstacle. Les faits observés par M. Verneuil ne lui ont pas permis de partager cette manière de voir (2). Quoi qu'il en soit, il est peu d'opérations anaplastiques qui donnent de plus beaux résultats.

Indications. — On ne doit y songer réellement que quand les incisions en V et en arc n'ont pu être employées.

La cheiloplastie n'est pas toujours praticable et, chez certains sujets, la rigidité des tissus peut devenir une véritable contre-indication. De plus, ainsi que l'a écrit M. le professeur Verneuil (3), l'autoplastie la plus brillante échouera misérablement si le sujet est en proie à une diathèse, s'il respire un air impur dans les salles d'un hôpital encombré, si une inflammation s'empare du point opéré, si

1. Chassaignac, Mémoire de la Société de chirurgie 1853, T. III, page 36.
2. Verneuil, art. autoplastie du dict. encyclop.
3. Dictionnaire encyclopédique de Dechambre, art. autoplastie.

le pansement est défectueux, si l'on choisit mal les topiques employés. Enfin il est évident que. si le cancer est très-étendu, si le mal a envahi les ganglions, si l'état général de l'organisme est trop altéré, le chirurgien doit s'abstenir.

Conditions de la nouvelle lèvre. — Avant d'examiner le mode opératoire, voyons à quelles conditions doit satisfaire la nouvelle lèvre pour bien remplir ses fonctions.

M. Sédillot les a indiquées très-nettement dans la *Gazette médicale de Paris* (1). Il s'exprime ainsi :

« 1° Il faut que les lambeaux susceptibles de combler la perte de substance soient maintenus en contact sans gêne de la circulation et sans imminence de gangrène

2° Les lambeaux anaplastiques doivent être suffisamment soutenus dans la position qu'on leur donne, d'où il faut que leur point de départ, d'origine ou d'appui ne se trouve pas du côté opposé aux surfaces libres et sans résistance que l'on veut reconstituer, telles que lèvres et paupières. En effet, ces téguments tendent à se raccourcir en s'éloignant des points où ils sont le moins soutenus ; ainsi un lambeau quadrilatère, allongé de haut en bas et détaché de la région sus-hyoïdienne, entraîne la lèvre en bas. D'où cette règle en anaplastie de percer les points fixes des lambeaux dans une direction opposée à celle où leur propre poids tendrait à les entraîner. Donc, pour la lèvre inférieure, l'origine ou le pédicule du lambeau sera situé au-dessus ou au moins au niveau du bord libre de l'organe, disposition capitale.

3° La nouvelle lèvre doit être doublée d'un tégument interne, sinon la surface saignante se réunira à la

1. Gazette médicale de Paris, 1848 page 8.

plaie produite au-devant du maxillaire, s'y fixera et la nouvelle lèvre n'aura pas de mobilité. »

Ajoutons que la nouvelle lèvre doit faire saillie au dehors et ne pas être plaquée contre les gencives, qu'elle doit être assez haute pour que les dents soient complétement couvertes et que la lèvre supérieure la touche sur tous les points, quand la bouche est fermée.

Enfin, son bord libre doit être, autant que possible, recouvert d'une muqueuse. Dans ce but, on emploie généralement la muqueuse qui se trouve sur la face postérieure du lambeau autoplastique ; mais alors il faut avoir soin, dans l'excision de ce lambeau, de diriger le bistouri de façon à prendre un peu plus de muqueuse que de peau. Cela fait, on peut employer le procédé de l'ourlet de Serres: on réunit le bord muqueux avec le bord cutané de la plaie au moyen d'un nombre suffisant de points de suture avec du fil de soie. Velpeau a perfectionné le procédé de Serres en rabattant en forme de bordure la muqueuse au dehors.

Opération. — Le malade est rasé, puis assis ou couché. On emploie le chloroforme, mais discrétement, car le sang qui s'écoule de la plaie peut tomber dans la bouche et causer de la suffocation.

Nous avons déjà écrit ailleurs qu'il est de première nécessité de conserver le plus possible de parties saines, tout en sachant sacrifier celles qui sont malades. C'est surtout lorsque le cancroïde s'étend inégalement et dans différentes directions qu'il est utile de l'enlever, non par une seule incision, mais par une série d'incisions combinées, simulant des triangles, des rectangles etc. Dans l'observation de M. Trélat que nous publions nous verrons que le mal fut

cerné par deux incisions cunéiformes reliées entre elles par une incision droite.

Le cancroïde est enlevé, les artères sont liées ; il faut s'occuper de remplacer la perte de substance par un lambeau charnu pris convenablement. Dans la méthode italienne aujourd'hui complétement abandonnée, on emprunte le lambeau à une grande distance, au bras par exemple (Tagliacozzi) ; dans la méthode indienne, c'est au cou que se fait l'emprunt (Delpech, Lallemand) et le lambeau subit un mouvement de rotation autour de son axe avant de venir combler la perte de substance, la méthode française met à contributiou les parties les plus voisines qu'elle mobilise par divers artifices ; elle fait glisser les tissus jusqu'à ce qu'ils occupent la place de la lèvre détruite. Il est une méthode mixte, la franco-indienne, dont M. Sédillot a été l'inaugurateur, et qui unit le glissement à une légère torsion.

En général, le lambeau de remplacement doit être de même nature que celui qui a été enlevé et comprendre la peau, les muscles et la muqueuse. Il faut toujours avoir soin de lui donner une étendue beaucoup plus grande que la surface à recouvrir, car la peau se rétracte après l'opération. Quelquefois, des incisions à distance en faciliteront beaucoup la migration.

Le lambeau est décollé, il est convenable, il s'agit de le fixer. On commence par affronter, aussi exactement que possible et dans la plus grande étendue qu'on le peut, les surfaces saignantes, en ayant soin d'enlever tous les caillots interposés. Puis, on pratique la réunion par la suture entortillée ou la suture à points séparés. S'il y a lutte entre

la force qui réunit les lambeaux et l'élasticité des parties affrontées, il faut employer les sutures enchevillées ou entortillées ; si les lambeaux sont inclinés, fléchis ou tordus, la suture à points séparés est plus avantageuse (1). Un bandage ou des agglutinatifs suffiraient même au besoin dans ce dernier cas. Les fils métalliques sont préférables aux fils organiques, car ils sont moins irritants et ils peuvent séjourner plus longtemps dans les tissus sans provoquer d'irritation. Les fils seront également d'une très-grande ténuité et passés dans des aiguilles très-fines ; on ne craindra pas de les serrer pour que l'affrontement soit très-exact.

Il n'est guère possible de donner des règles fixes pour l'enlèvement des sutures.

Certains chirurgiens les enlèvent après 36 heures, d'autres seulement le quatrième jour. Tout dépend de l'état de la plaie : sans doute, les fils peuvent être nuisibles, irriter et couper les parties qu'ils embrassent ; mais ils luttent aussi contre les tractions et, si on les enlève avant que la réunion soit complète, on risque de voir la cicatrisation se rompre et les bords de la lèvre s'écarter de nouveau.

Quand la réunion primitive échoue, on fait la réunion secondaire au moyen d'un pansement approprié et de points de suture. L'immobilité absolue est nécessaire. Les résultats sont moins beaux qu'avec la réunion primitive.

L'opération terminée, le malade reste couché et surtout garde le silence. On le fait boire avec le biberon qui porte les liquides profondément dans la cavité buccale et supprime un certain nombre de mouvements ; pendant plusieurs jours, il ne prend qu'une nourriture liquide, lait,

1. Verneuil, dict. encyclopédique, art. autoplastie.

potages, etc. — Il est utile de faire assez souvent des injections détersives dans la bouche, des lotions froides ou tièdes, ou de mettre sur la plaie une compresse d'eau fraîche pure.

Quant à la plaie d'emprunt, on la laisse se cicatriser spontanément.

Inutile de dire que si l'on n'obtient qu'un succès partiel on peut faire une opération complémentaire.

Suites de l'opération. — Parmi les accidents consécutifs, l'hémorrhagie est un des plus fréquents, parce que la région de la face est très-vasculaire et les surfaces saignantes quelquefois assez étendues. L'hémorrhagie est moins dangereuse en elle-même que par les décollements qu'elle produit et les caillots qui se forment entre les surfaces suturées. Aussi ne faut-il pas hésiter à enlever les points de suture pour aller à la recherche du vaisseau ouvert et le lier, sauf à rétablir la réunion telle qu'elle était auparavant.

Une autre complication est l'érysipèle qui, outre la fièvre qu'il donne, s'oppose au travail de réunion, en détruit les premiers effets et peut même gagner le cuir chevelu et les méninges. Il est donc indiqué de retarder l'opération, si l'érysipèle règne épidémiquement dans le service, et, quand il se déclare, il faut le combattre dès le début.

L'angioleucite et la phlébite faciales sont aussi des complications à craindre, lorsque la veine faciale et les lymphatiques qui l'accompagnent ont été lésés ; l'inflammation de la plaie amène la suppuration des bords réunis ; le phlegmon diffus est rare.

On combattra ces accidents par la saignée dès le début, des dérivatifs sur le tube intestinal, des débridements convenables.

Mais une des complications les plus fréquentes et qui résulte souvent des accidents inflammatoires, c'est le décollement et la gangrène du lambeau. Ce dernier effet est surtout produit par des tractions exagérées, des points de suture trop serrés, une torsion trop complète du pédicule. Il s'annonce par la pâleur, le refroidissement, des phlyctènes sur l'épiderme; le lambeau prend une teinte livide et violacée.

La gangrène peut atteindre le tout ou une partie. Quoi qu'il en soit, il faut de suite laver la surface refroidie avec du vin aromatique, supprimer toute traction, toute compression et on peut arriver à conjurer le danger ou à amoindrir les effets du mal.

Signalons encore, comme suites de la cheiloplastie, des fistules laissant couler les liquides de la cavité buccale, les rétractions des lambeaux, mais surtout les adhérences anormales entre la face postérieure de la lèvre et les gencives. La lèvre inférieure est ainsi immobile et ne peut remplir ses fonctions.

Il faut alors s'efforcer d'y remédier, et ceci prouve que l'opération faite immédiatement après l'ablation du cancer n'est pas toujours définitive, mais que la cheiloplastie a souvent lieu en plusieurs temps séparés par des intervalles plus ou moins longs.

§ I.

Méthode Italienne.

Cette méthode consiste à prendre des lambeaux à grande distance, tout en les laissant adhérer par un pédicule, puis

à les appliquer sur la perte de substance pour les combler. Elle est aujourd'hui complétement abandonnée. Tagliacozzi, qui vivait au XVI[e] siècle, conseille dans le dix-neuvième chapitre de son ouvrage (1) de prendre le lambeau réparateur près de l'articulation du coude, de lui donner la forme de la partie enlevée et de le fixer au moyen d'une aiguille courbe par des points de suture à intervalles égaux. Il recommande de n'exciser le pédicule reliant le lambeau au bras que quand la réunion est complète, c'est-à-dire après vingt-quatre jours. On peut voir dans l'ouvrage de Tagliacozzi deux gravures représentant des malades qui subissent cette opération et dont le bras est rapproché de la tête et fixé dans cette position. Cette méthode, dont il était l'auteur, fut essayée par Grœfe en 1819 et plus tard par Roux, mais sans succès.

Inconvénients. — Ils sont nombreux et tiennent à la position infligée au malade, au dérangement du lambeau par suite des mouvements involontaires, à la salive qui s'écoule de la bouche et empêche la cicatrisation. Enfin le lambeau pris au bras n'est pas assez en conformité de tissus avec la partie de la lèvre enlevée. Tagliacozzi fut le premier juge de l'infidélité de cette opération.

§ II.

Méthode Indienne.

La méthode indienne consiste à restaurer la lèvre au moyen de lambeaux pris au cou et qui y restent adhérents

1. *Gasparis Taliaotii libri duo liber secundus*, ch. XIX. *De labiorum restauratione.*

par leur pédicule. On leur fait subir un mouvement de rotation autour de leur axe de façon à ce que leur face saignante s'applique exactement sur la brèche à combler. Les Indiens employaient un procédé analogue pour la rhinoplastie, d'où le nom de méthode indienne, quoiqu'ils aient peu fait pour l'anaplastie labiale. Aussi cette méthode a-t-elle été, pour ainsi dire, employée en premier lieu à Montpellier par Delpech et Lallemand.

Procédé de Delpech. — Ce procédé est original en ce sens qu'il a pour but de remplacer la muqueuse interne de la lèvre par de la peau prise au cou, mais il n'eut pas de succès, quoique tenté par Delpech lui-même. Aussi nous ne le citons que pour mémoire. Delpech l'essaya chez un homme atteint d'un cancroïde qui avait envahi toute la lèvre inférieure, excepté les commissures, et s'étendait jusqu'au menton. Il fit au cou une incision en forme de losange, s'étendant de la partie inférieure du menton au sternum. Il disséqua le lambeau de bas en haut, en ayant soin de le laisser adhérent par son pédicule situé au-dessous du menton. Ce lambeau relevé fut plié sur lui-même, de façon que les surfaces saignantes fussent mises en contact et fixées par des points de suture. Puis il fut relevé, tordu sur son axe, mis à la place du cancroïde enlevé et fixé sur les côtés de la plaie par des points de suture. L'opération ne réussit pas.

Appréciation. — Le lambeau est trop long pour que son faible pédicule puisse lui donner la nourriture suffisante; la pesanteur tend toujours à l'abaisser, enfin, à cause de la torsion, il se gangrène facilement.

Procédé de Lallemand. — Le lambeau, au lieu d'être

pris sur la partie médiane du cou comme dans le procédé de Delpech, est tracé sur les parties latérales. Ainsi à la partie externe de la plaie on fait une incison verticale dans l'épaisseur des parties molles et qui peut s'étendre jusqu'à la région de l'os hyoïdé ; à une distance de la première suffisante pour que le pédicule soit assez large on en trace une seconde qui lui est parallèle. On dissèque le lambeau, en ne le laissant adhérent que par le pédicule supérieur, puis on le remonte au niveau du bord libre de la portion de lèvre qui reste, en lui faisant décrire un angle de 90°. On le fixe par la suture entortillée.

Appréciation. — Ce procédé a réussi entre les mains de Lallemand, ainsi que le prouve l'observation qui suit. M. Bouisson de Montpellier (2) dit également en avoir obtenu de bons résultats. La torsion du lambeau est moindre que dans le cas précédent, mais il faut prendre garde dans la dissection de léser la veine jugulaire externe.

OBSERVATION III (1).

Ville (Français) est entré à la salle St-Eloi le 20 janvier 1840. Il est âgé de 57 ans et paraît d'une constitution robuste. Voici son état :

Toute la lèvre inférieure, un cinquième à gauche excepté, est occupé par un large ulcère : la commissure droite est envahie; toute la muqueuse labiale est malade et le mal s'étend en dehors et en bas jusque près de l'apophyse du menton : cet ulcère se présente sous l'aspect d'un champignon à surface grisâtre, à

1. Diction. encyclopédique art. cheiloplastie. page 630.
2. Lallemand. — *Gazette des Hôpitaux*, 1841, p. 125.

bords renversés. Des douleurs lancinantes parcourent la plaie; le malade les compare à des piqûres d'épingle qu'on enfoncerait dans cette partie; la salive ne peut être conservée.

La maladie a débuté, il y a environ trois ans, par un bouton qui, plus tard, s'ulcéra et alla en s'élargissant chaque jour davantage. Les différents onguents qui ont été successivement employés ont paru en hâter la marche.

L'opération a lieu le 28 janvier 1840. M. Lallemand pratique une incision oblique dans l'épaisseur de la joue droite et au-dessus de la commissure du même côté; à gauche, une incision presque verticale sépare la partie malade de la partie saine de la lèvre. inférieure; enfin, une troisième incision inférieure, horizontale, et qui présente une légère courbe, circonscrit le reste de l'ulcère qui est aussi enlevé. Cette déperdition de substance met à nu les dents incisives inférieures, la canine droite inférieure, les premières molaires du même côté, ainsi que la partie de l'os qui les supporte.

Les lèvres de la plaie présentent une courbe à concavité supérieure; à droite, deux épingles, et plusieurs anses de fil réunissent les deux lèvres de la plaie : cela fait, deux incisions longitudinales sont pratiquées dans l'épaisseur des parties molles jusque dans la région sus-hyoïdienne; un lambeau quadrilatère est disséqué et remonté au niveau du bord libre de la portion de lèvre qui reste; la suture entortillée sert à réunir le lambeau à droite et à gauche.

Le malade et remis dans son lit; un bandage rapproche la tète de la poitrine; une artériole qui n'avait pas été liée, donne du sang pendant plusieurs heures; cependant l'écoulement cesse.

Le lendemain et jours suivants, la réaction est modérée; néanmoins il se développe une tuméfaction assez considérable de la partie inférieure de la face et de la partie supérieure du cou; peu à peu la tension disparait; les épingles sont enlevées, les fils tombent, et il ne reste qu'un peu de suppuration dans les points où étaient implantées les épingles.

Le malade est sorti guéri vers la fin de février ; sa nouvelle lèvre s'était un peu recoquillée; pourtant elle était assez régulière et retenait bien la salive.

§ III.

Méthode française.

Dans la méthode française, comme dans la méthode indienne, les lambeaux sont pris au voisinage du cancroïde, mais ils n'éprouvent point de torsion ni de rotation autour de leur axe et ils ne se déplacent que par glissement. On arrive surtout à ce but en décollant les parties voisines et quelquefois en pratiquant des incisions libératrices, pour donner aux tissus plus de laxité. Les lambeaux de glissement ont une large base qui rend la gangrène difficile ; ils sont donc dans de bonnes conditions de réparation.

Dans la méthode française par lambeaux inférieur et médian nous trouvons une partie des inconvénients signalés dans la méthode indienne ; la méthode française par lambeaux latéraux donne de meilleurs résultats.

La première description de la méthode qu'on a ainsi appelée se trouve dans Celse ; voici le passage qui y a trait (1) : « Les restaurations se font non à l'aide d'un corps nouveau que l'on crée, mais aux dépens des parties voisines qu'on attire ; si le changement qu'on leur fait subir est léger, on peut en imposer aux yeux et paraître n'avoir rien enlevé...... Les sujets avancés en âge ou mal constitués, et ceux qui sont atteints d'ulcères rebelles, se prêtent

1. Celse. La médecine traduite par Chaales des Etangs, 1846, Paris, p. 218.

mal à cette opération, car il n'en est pas où la gangrène se déclare plus promptement et persévère avec plus d'opiniâtreté. Voici le procédé curatif. On commence par donner une forme carrée à l'endroit mutilé, puis à partir des angles internes (sic) on mène deux incisions transversales qui doivent complètement séparer les chairs d'en bas de celles d'en haut ; cela fait, on tâche de réunir les deux lambeaux, et, si le contact n'est pas assez intime. il faut, au-delà des premières en conduire deux autres en forme de croissant, les pointes tournées vers la plaie. Celles-ci n'intéressent que la peau et suffisent pour rendre la réunion plus facile. Il n'est pas nécessaire pour cela d'employer la force et les téguments doivent obéir à des tractions ménagées, à tel point qu'abandonnés à eux-mêmes, ils n'éprouvent plus qu'un retrait peu sensible...... On procède ensuite à la réunion par suture, en traversant les deux lèvres de la plaie et l'on réunit de la même façon les premières incisions.... En général, l'adhésion est complète au bout de sept jours ; alors, il ne s'agira plus que d'enlever les sutures et de conduire la plaie jusqu'à parfaite cicatrisation. »

Ainsi Celse préconise des incisions pour former les lambeaux autoplastiques et des incisions libératrices ne comprenant que la peau pour faciliter la réunion. Au XVIe siècle, Franco va plus loin et, dans son traité des hernies, conseille de mobiliser les lambeaux, non par des incisions libératrices, mais par des dissections profondes, en un mot par le décollement (1). Mais cette méthode ne fut pas ap-

1. Voici le texte : « Mais si les lèvres estaient distantes par trop l'une de l'autre, comme i'ay veu plusieurs fois, tellement qu'on ne les peut r'assembler par aucun moyen, il faudrait copper lesdites lèvres au dedans en long

préciée et, jusqu'à Chopart, on se contentait d'appliquer des moyens prothétiques plus ou moins perfectionnés, pour masquer les mutilations. Carpue, en 1816, Grœfe à Berlin, Delpech à Montpellier réhabilitent l'autoplastie. Des faits très-intéressants sont publiés par Roux de Saint-Maximin, Lisfranc, Dieffenbach, Serres de Montpellier, Malgaigne, et, de nos jours, Buchanam, Iasche, Burow, Sédillot, Trélat et Benj. Anger n'ont pas encore clos la série.

A. — *Méthode française par lambeau médian.* — Les divers procédés de cette méthode ont été abandonnés, car le lambeau n'étant pas suffisamment soutenu est entraîné par son propre poids, s'abaisse, et la nouvelle lèvre ne recouvre ni les dents, ni le rebord alvéolaire. Nous les citerons cependant.

I. — *Procédé de Chopart.* — Il consiste à faire deux incisions verticales partant de chaque commissure, circonscrivant le mal latéralement et pouvant descendre jusqu'à la région sus-hyoïdienne. A l'aide d'une troisième incision à la partie inférieure du cancroïde, perpendiculaire aux deux autres, on le limite complétement, on le dissèque et on l'enlève. On mobilise alors le lambeau quadrilatère résul-

et à travers pour les resioindre en contregardant tant que sera les muscles, à cause du mouvement. Toutefois, s'il est nécessaire, on les peut copper plustost que de laisser une telle œuvre. Car de deux maux il fault eslire le moindre. Il se fault garder de copper la peau au dehors, parce que par icelle elles pourront estre allongées comme l'ay fait plusieurs fois. Puis après avoir appliqué les eguilles, il faut mettre des cuissins pour les tenir unies ensemble. ... S'il y avait telle distance entre lesdites lèvres qu'on ne peut les assembler, il faudrait user de semblables dissections en la bouche qu'au cas précédent et procéder au reste ainsi qu'avons montré. » (Traité des hernies par Pierre Franco, Lyon 1561, page 460 et 462).

tant de ces incisions et on le relève de façon que ses angles supérieurs atteignent le niveau des commissures. On le fixe par des points de suture aux bords saignants verticaux de la plaie. Enfin, pour empêcher le tiraillement, on fléchit fortement la tête et on la maintient ainsi par un bandage approprié.

Appréciation. — Le lambeau retombe, malgré la flexion de la tête. De plus, on a deux cicatrices blanches et brillantes dans la région du menton et du cou.

II. — *Procédé de Roux de St-Maximin.* — C'est le précédent, moins les incisions verticales. Roux enlevait le cancer, puis faisait un vaste décollement des parties molles de la région mento-cervicale qu'il relevait de façon à réparer la perte de substance.

Appréciation. — Les principaux inconvénients tiennent à la difficulté de la dissection, à l'hémorrhagie en nappe qui se produit et au tiraillement. De plus, comme on prend le lambeau au menton, il ne présente ni muqueuse, ni fibres musculaires ; cet inconvénient se présente également dans le procédé de Chopart. Enfin, il se forme au milieu de la région mentonnière un vaste cul-de-sac où s'accumulent le pus, la salive, les boissons, etc.

III. — *Procédé de Lisfranc.* — C'est un dérivé du procédé de Roux. Lisfranc enlève le cancroïde par une incision semi-lunaire et fait sur la ligne médiane une incision qu'il prolonge jusqu'au cartilage thyroïde. Il dissèque chaque lambeau à droite et à gauche et les relève au-devant de la mâchoire, en faisant fléchir fortement la tête.

Appréciation. — Ce procédé a l'avantage de supprimer

le clapier de Roux. Bien qu'il soit à peu près abandonné, nous publions l'observation suivante dans laquelle les résultats paraissent avoir été bons.

Observation IV (1).

État du malade à son entrée à la Maison de Santé. — Lèvre inférieure détruite dans toute sa circonférence dans une étendue de plusieurs lignes ; les ganglions cervicaux ne sont pas engagés. La maladie s'étend du bord libre de la lèvre inférieure jusqu'au bord inférieur de l'os maxillaire ; elle part à gauche d'un demi-pouce en dehors de la commissure du côté opposé.

Manuel opératoire. — Le 28 juin, M. Lisfranc procède en trois temps à l'opération de la manière suivante :

1° Il commence par enlever les parties molles à l'aide d'une incision demi-lunaire et de deux incisions horizontales : le sang coulant en abondance, on fait de suite une dizaine de torsions ou de ligatures.

2° Pendant qu'un aide assujetit le larynx, M. Lisfranc porte le bistouri sur la ligne médiane jusqu'au cartilage thyroïde, dissèque les deux lambeaux sur les côtés de la région cervicale, en ayant bien soin de ne pas léser d'organes importants ; puis ramène en haut avec la plus grande facilité les tissus pris sur le cou afin de remplacer la lèvre inférieure qu'il vient de sacrifier.

3° L'opérateur, convaincu par la vue et le toucher, que les parties superficielles du maxillaire inférieur ont été envahies par la maladie, pratique l'avulsion de plusieurs dents ; puis, armé de tenailles incisives, il emporte le rebord alvéolaire et rugine dans plusieurs points de sa circonférence l'os présentant une teinte légèrement ardoisée avec un peu de ramollissement ; enfin, pour éviter l'inflammation du lambeau qui pourrait amener la

1. Lisfranc. — *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1840. p. 389.

saillie du menton, il en effectue l'ablation à l'aide de la scie. L'écoulement sanguin tout-à-fait arrêté, M. Lisfranc réunit par première intention au moyen de la suture entortillée : il place quatorze épingles autour desquelles il passe au milieu et sur les côtés un gros fil ciré qu'il attache au bonnet de l'opéré, dans le but de s'opposer à la descente du lambeau. Le malade est ensuite reporté dans son lit : la réparation de la lèvre inférieure et des tissus de la joue est complète.

Suites de l'opération. — 29 juin. — Saignée de deux palettes ; application d'axonge répétée toutes les deux heures pour combattre un peu d'érysipèle existant sur le côté gauche du cou.

Le 1er *juillet* — M. Lisfranc enlève la plupart des épingles à l'exception de celles qui réunissent les angles de la plaie. La rougeur érysipélateuse s'est montrée à droite : nous faisons des applications fréquentes de compresses fortement enduites d'axonge.

Le 2 juillet. — Le reste des épingles est ôté ; la réunion par première intention a eu lieu partout.

Le 4 juillet. — Apparition aux angles de la bouche de deux excavations donnant passage à une quantité considérable de pus qui y séjourne, et que nous avons soin d'expulser plusieurs fois dans la journée à l'aide de pressions ménagées.

Le 5 juillet. — M. Lisfranc ouvre un petit abcès situé à droite et à un pouce au-dessous du menton ; il pratique en outre sur la sonde cannelée deux contre ouvertures au niveau des trous dont nous venons de parler.

Le 7 juillet. — Nouvelle contre ouverture en dehors des jugulaires pour faire cesser un décollement assez considérable de la peau, par suite de l'inflàmmation purulente.

Le 10 juillet. — En pressant comme d'habitude sur les téguments du cou, nous sentons un peu de tissu cellulaire frappé de mort. Nous l'enlevons avec des pinces. A partir de ce moment l'érysipèle disparaît. Les petites excavations signalées se remplissent de bourgeons charnus. On touche pendant quelque temps le bord alvéolaire avec le nitrate d'argent, et on le préserve du contact

de la salive au moyen d'une compresse recouverte de cérat saturnin qui a également pour effet de raffermir la cicatrice. Enfin M. C. quitte la maison de médecine opératoire parfaitement guéri et presque sans aucune difformité.

Procédés spéciaux pouvant se rattacher à la méthode française à lambeau médian.

Nous allons donner deux procédés de Serres et de Viguerie qui ne peuvent s'appliquer à tous les cas ; le premier exige l'intégrité d'une notable partie du bord libre de la lèvre ; le deuxième l'intégrité totale de ce bord. Aussi avons-nous cru devoir les décrire séparément.

IV. — *Procédé de Serres.* — On circonscrit le bord sain de la lèvre par deux incisions, l'une horizontale, l'autre verticale. On enlève la partie malade par des incisions en forme de rectangle et on dissèque un lambeau en tablier comme dans le procédé de Chopart. Alors on tire sur le bord sain de la lèvre et on lui fait atteindre la commissure du côté opposé, de façon à ce qu'il forme tout le bord libre de la nouvelle lèvre. Le vide qui existe au-dessous est comblé par le lambeau quadrangulaire disséqué qu'on fixe par des points de suture à ce nouveau bord libre.

Appréciation. — Ce procédé est bien supérieur à celui de Chopart, car le lambeau en tablier ayant un point d'appui ne tend pas à descendre, mais il n'est pas applicable à tous les cas. Toutefois il doit rétrécir considérablement la bouche et la lèvre supérieure doit surplomber. Dans l'observation suivante Serres ne parle pas du résultat.

Observation V (1).

Cancer occupant les deux tiers environ de la lèvre inférieure, la commissure gauche et une partie de la joue ; extirpation du mal à l'aide d'une série d'incisions combinées de manière à réparer la perte de substance, quoique très-irrégulière et très-étendue.

M..., âgé d'environ 50 ans, né dans un petit village du département de l'Aveyron, après avoir longtemps souffert d'un ulcère qu'il portait à la partie latérale gauche de la face, et sur lequel un grand nombre de substances emplastiques avaient déjà été appliquées, me fut directement adressé par le chirurgien qui lui avait donné des soins, avec prière de le délivrer au plus tôt de la lésion organique qu'il présentait. En questionnant le sujet, j'appris que le mal avait commencé par le bord libre de la lèvre inférieure, tout près de la commissure gauche, et qu'il s'était peu à peu étendu jusque vers le milieu de cette même lèvre, et avait ainsi détruit de proche en proche une grande partie de la peau, du menton et de la joue. Quant à l'ulcère, la manière spontanée dont il s'était développé, les progrès rapides qu'il avait faits en peu de temps, les douleurs qu'il occasionnait au malade, l'aspect de ses bords et de sa surface, la matière sanieuse qui en découlait, tout prouvait qu'il était de nature cancéreuse. Il n'y avait donc pas à tergiverser.

Désireux de conserver la portion saine du bord libre de la lèvre que je devais si bien utiliser, je la circonscrivis par deux incisions A et B, de façon à pouvoir les faire marcher à la rencontre de la commissure gauche. (Fig. A).

Immédiatement après, je fis deux grandes incisions verticales AE, GF, que je réunis à leur partie moyenne par une incision

1. Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face par M. Serres — Paris. 1842. p. 109.

transversale CD, ce qui me permit d'isoler le mal à sa partie inférieure et d'avoir encore au-dessous un lambeau quadrilatère CE, DF que je dus isoler par la dissection.

Mais comment enlever la portion de cancer qui correspondait à la joue et à l'angle des lèvres, et réunir les deux bords de la plaie qui devait en résulter? Il n'y avait qu'un seul moyen, c'était de circonscrire le mal par deux incisions GI, HI, se réunissant en un angle I.

Ces incisions étant terminées, je détachai tout ce qui était malade, et il me restait alors une surface saignante, très-large et irrégulière au premier abord, mais néanmoins susceptible d'être fermée à la faveur de la direction que j'avais donnée à chacune des incisions.

Ainsi, en tirant fortement sur la portion de lèvre encore saine, je parvins à lui faire atteindre la commissure gauche et à suppléer par ce moyen à la portion de lèvre qui manquait. Je remplis ensuite de vide qui existait au-dessous de cette lèvre, avec le lambeau CE, DF que je fixai dans cette position à l'aide de plusieurs points de suture entrecoupée en fil de soie. (Fig. B.)

Enfin, six points de suture entortillée M, N, servirent à maintenir ce même lambeau en place, tandis que trois autre PO furent destinés à fermer le point triangulaire qui correspondait à l'angle des lèvres.

Cette opération, si grave en apparence, ne fut encore suivie d'aucun accident : et, lorsqu'au 8e jour j'enlevai les fils des sutures, la réunion immédiate s'était déjà faite sur tous les points. Moins d'un mois après l'opération, le malade rentrait chez lui.

V. — *Procédé en pont ou de Viguerie.* — Il exige l'intégrité totale du bord libre de la lèvre et d'une notable partie du menton au-dessous du cancroïde On enlève le cancroïde par une dissection minutieuse, on fait sur la peau saine deux incisions parallèles et horizontales de façon à circonscrire une languette de peau entre ces deux incisions

et on sépare cette languette des tissus sous-jacents, de sorte qu'elle forme une espèce de pont, adhérente à ses extrémités, libre à sa partie moyenne. On enlève alors ce pont au niveau de la lèvre, en rapprochant son bord supérieur du bord libre de la lèvre auquel on le fixe par des points de suture. Puis on fléchit la tête de manière à abaisser le menton sur la poitrine. Dans l'observation suivante le malade portait à peine les traces de l'opération.

Observation VI (1)

Marie Anne Lacoste, âgée de trente-six ans, portait sur le menton une tumeur cancéreuse, étendue de haut en bas du bord libre de la lèvre inférieure à la base de la mâchoire qu'elle dépassait, et latéralement d'une commissure à l'autre. La tumeur n'était point pédiculée, elle était adhérente. M. Viguerie conçut l'idée d'enlever ce cancer en respectant le bord libre de la lèvre, pour y adapter un lambeau de peau pris à la partie antérieure du cou, et par ce moyen refaire la lèvre et le menton.

La malade fut opérée le 28 septembre 1833, assise sur une chaise, et maintenue par des aides; l'opérateur circonscrivit la tumeur par deux incisions demi-circulaires; la dissection du bord supérieur du cancer fut difficile, M. Viguerie voulant ménager, autant que possible, le bord libre de la lèvre, et la muqueuse qui la revêt à sa partie interne. Le reste de la tumeur adhérant à l'os, fut enlevé sans difficulté. Alors le chirurgien fit de chaque côté de la plaie, une incision parallèle à la base de la mâchoire, à égale distance de cette base et de la commissure des lèvres. Par ce moyen il eut la facilité de disséquer un lambeau de peau placé sous le menton. Ce lambeau fut élevé à la hauteur du bord libre de la lèvre, et fixé dans cette position par trois points de suture. La plaie fut recouverte d'un plu-

1. Viguerie, Journal hebdomadaire, 1834. Tome I, page 186.

masseau de cérat, et le tout fut maintenu par le bandage croisé du bec de lièvre.

Dimanche 29, vingt-quatre heures après l'opération, on défait la bande pour éviter une compression trop forte et trop longtemps soutenue.

Lundi, deuxième jour, tout l'appareil a été enlevé. Le bord libre de la lèvre est vermeil et un peu œdémateux; engorgement du tissu cellulaire sous-jacent; toute la peau relevée est rouge et luisante. Les angles internes et externes de la plaie sont réunis; on aperçoit une légère eschare autour du point de suture du côté gauche ; on coupe le fil, peu de suppuration ; la plaie est pansée avec un plumasseau de charpie recouvert de cérat; le tout est maintenu par une mentonnière.

État général très-satisfaisant, etc.

Vendredi, sixième jour, M. Viguerie fait deux contre-ouvertures sur les côtés et à la face inférieure du menton; ces incisions facilitent l'écoulement du pus. Depuis ce jour la suppuration a diminué, la plaie primitive a fait des progrès vers la cicatrisation ; et le 20 octobre la malade est sortie parfaitement guérie, portant à peine les traces de l'opération.

B. — *Méthode française par lambeaux latéraux.*

Les procédés qui se rapportent à cette méthode donnent, en général, de bons résultats et sont usités. Les trois premiers, ceux de Horn, de Serres et de Dieffenbach supposent que l'excision du cancroïde a laissé une solution de continuité triangulaire ; on les emploiera donc de préférence quand le cancroïde aura cette forme.

VI. — *Procédé de Horn ou en V.* — C'est le procédé en V que nous avons indiqué au chapitre I[er]; seulement on y ajoute des débridements de façon à confronter facilement les deux branches du V.

VII. — *Procédé de Serres de Montpellier.* — Serres fait une incision en V pour circonscrire le mal comme dans le procédé de Horn. Il pratique ensuite deux incisions qui partent des commissures, se dirigent en arrière en suivant l'arcade dentaire et se terminent au-devant des masséters. Il détache de leurs adhérences les deux lambeaux triangulaires épais résultant de ces incisions, les ramène au contact et les réunit sur la ligne médiane par la suture entortillée. Le bord labial se trouve ainsi formé par le côté supérieur de chaque lambeau triangulaire ; on en fait une lèvre véritable, en réunissant le bord de la muqueuse qui recouvre sa face profonde avec la peau qui le revêt extérieurement.

Appréciation. — Ce procédé donne de bons résultats. Si l'ouverture de la bouche paraît d'abord irrégulière à cause de la brièveté de la lèvre inférieure et du froncement de la lèvre supérieure qui la surplombe d'une façon désagréable, tout cela n'est que momentané.

Modifications. — Avant de donner une observation de Serres, signalons deux modifications que les auteurs allemands déjà cités (1) donnent comme les méthodes de Jasche et de Bulow.

La modification de Jasche consiste à changer la direction des incisions qui partent des commissures, et, au lieu de les laisser courir parallèlement au bord alvéolaire, il fait des incisions courbes, à concavité dirigée en bas et en dedans, rejoignant le bord inférieur du maxillaire.

Le procédé de Bulow n'est autre que celui de Serres que l'auteur prétend corriger. A cet effet, il excise de chaque côté de la lèvre supérieure près de la joue un lambeau triangulaire

1. Güntler et Kühn, *Médecine opératoire.*

dont la base est dirigée vers le bas et est formée par une incision horizontale. Une forme plus régulière de la bouche doit être ainsi obtenue quand les bases des deux petits triangles supérieurs prises ensemble sont exactement aussi larges que la base de la plaie résultant de l'ablation du cancroïde. Les deux bords de chacun de ces triangles sont rapprochés par des points de suture.

Appréciation. — Ces incisions complémentaires sont inutiles, car la difformité se rectifie avec le temps.

Observation VII (1).

Louis Charron, âgé de 36 ans, né à Saint-Pons (Hérault), d'un tempérament sanguin et d'une constitution des plus fortes, fut atteint, pour la première fois, en 1828, d'une petite ulcération sur la partie moyenne du bord libre de la lèvre inférieure, qui résista à tous les moyens locaux et généraux mis en usage.

Le mal faisant tous les jours de nouveaux progrès, Louis Charron vint à Montpellier réclamer des seconrs. L'ulcère avait une forme à peu près triangulaire, et s'étendait de haut en bas, depuis le bord libre de la lèvre jusqu'à un travers de doigt au-dessus du menton, et, de droite à gauche, de l'une à l'autre commissure. Il était inégal, rugueux, blafard, et fournissant chaque jour une grande quantité de matière ichoreuse. Le malade y ressentait de temps en temps des élancements qu'il comparait à des coups d'aiguille; les environs de l'ulcération étaient rouges, durs et tuméfiés.

Opération. — Le malade étant assis sur une chaise, et solidement maintenu par des aides, dont un comprimait les artères labiales sur la face externe du maxillaire inférieur, je fis deux

1. Serre.s — Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face. 1842, page 117.

incisions latérales et obliques EB, FB, que je prolongeai jusque sur le cartilage thyroïde, de manière à les réunir sous un angle très-aigu, en B, et à enlever ainsi toutes les parties malades (Fig. K.).

Immédiatement après, je pratiquai, dans l'épaisseur de chaque joue, deux nouvelles incisions FG, ED, qui, partant de l'angle de réunion des lèvres, et se dirigeant en arrière en suivant l'arcade dentaire supérieure, venaient se terminer à quelques lignes au-devant des masséters. Ces incisions décrivaient une légère courbe dont la convexité regardait en haut.

En détachant ensuite de la face externe du maxillaire inférieur toutes les parties molles comprises entre les deux triangles BFG, DEB, il en résulta deux lambeaux latéraux, que je rapprochai immédiatement, en procédant de bas en haut et pour réparer la perte de substance qne je venais de faire. Enfin, je réunis la muqueuse avec la peau, à la faveur de quelques points de suture entrecoupée.

Il est impossible de se faire une idée de la rapidité avec laquelle la guérison s'opéra chez le malade.

La réunion de la muqueuse avec la peau s'opéra surtout avec tant de régularité, qu'un mois après la guérison, on eût cru, à quelques pas de distance, que cette partie de la lèvre n'avait pas été touchée.

VIII. — *Procédé de Dieffenbach.* — C'est exactement le procédé de Serres, seulement les incisions commissurales ne sont pas aussi longues et de l'extrémité externe de chacune d'elles part une incision presque verticale, parallèle à chaque branche correspondante du V et se dirigeant vers l'angle de la mâchoire. Il en résulte un lambeau disponible à droite et à gauche ; on les unit tous deux par une suture sur la ligne médiane et ils forment la nouvelle lèvre. Dieffenbach recommandait d'unir aussi par suture à la lèvre

supérieure un point donné du rebord horizontal pour former les commissures.

IX. — *Procédé de Malgaigne.* — On fait partir de la lèvre inférieure deux incisions verticales, parallèles, cernant latéralement le cancroïde et descendant jusqu'à la base de la mâchoire. Une incision transversale les réunit, en passant le plus près possible du cancroïde. On enlève la tumeur. Malgaigne fait alors partir des commissures deux incisions horizontales. Des angles inférieurs de la plaie partent également deux incisions parallèles aux fentes commissurales.

On détache alors de l'os les deux lambeaux rectangulaires ainsi formés et on les ramène sur la ligne médiane en les y assujettissant par une suture entortillée.

Appréciation. — C'est un procédé recommandable, mais il exige sept incisions à angle droit dont les cicatrices nuisent à la régularité du visage.

Modification de Payan. — Payan conseille, quand on éprouve quelque difficulté pour opérer la juxtaposition des lambeaux sur la ligne médiane, d'inciser verticalement la muqueuse de chaque lambeau vers son tiers postérieur. On favorise ainsi l'extensibilité des tissus et on diminue le tiraillement.

Observation VIII (1).

Le nommé Amiel (Louis), âgé de soixante ans, doué d'une bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu d'Aix le 11 novembre 1848 pour se faire enlever une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure.

1. Payan. — *Gazette des Hôpitaux*, 1859, page 224.

La tumeur, de forme irrégulière, bosselée, extrêmement dure et compacte et facilement saignante, s'étend à toute la largeur de la lèvre inférieure, sauf un demi centimètre à droite qui est resté sain. En bas et vers le milieu de la lèvre l'induration morbide va jusqu'aux limites de celle-ci, c'est-à-dire jusqu'au sillon mento-labial; elle est un peu moins étendue sur les parties latérales. Pas d'engorgement des glandes.

Le malade étant assis sur une chaise, je fis avec le bistouri, après avoir commodément saisi la lèvre. une première incision verticale pratiquée au dehors des tissus malades, laquelle, partant du bord libre de la lèvre, du point même de la commissure gauche, se prolongeait, en comprenant toute l'épaisseur de l'organe, jusqu'à la limite de cette lèvre en bas. Une incision semblable, verticale aussi, et partant à un quart de centimètre de la commissure, fut pratiquée à droite ; une troisième incision horizontale, suivant la direction du sillon mento-labial, réunit en bas les deux incisions verticales, et servit à détacher, sous forme d'un carré allongé, la lèvre cancéreuse. Deux petites artères furent liées, l'une à droite, l'autre à gauche (Fig. L).

Après cette ablation faite, et afin de pouvoir réparer cette perte de substance considérable, nous portons d'abord sur la commissure droite préalablement tendu, le tranchant du bistouri, avec lequel nous pratiquons une incision transversale qui se prolonge jusque vers le bord antérieur du masséter en comprenant toute l'épaisseur de la joue. Tout aussitôt nous en faisons une seconde qui, partant de l'angle inférieur droit de la perte de substance à réparer, et continuant par conséquent le bord saignant sus-mentonnier se dirige parallèlement à la première, en ayant la longueur et l'épaisseur. Ainsi se trouve pratiqué un lambeau formé aux dépens de la partie voisine de la joue, à laquelle il tient en dehors et en arrière par un bord adhérent que le bistouri a laissé intact ; un lambeau en tout semblable est pratiqué de la même manière à gauche. L'un et l'autre lambeau ont donc juste la largeur que doit avoir la lèvre nouvelle, et qui est, autant que possible, la

largeur de la lèvre naturelle. Nous les rapprochons l'un de l'autre pour en affronter les bords verticaux ou antérieurs sur la ligne médiane, et comme nous éprouvons quelque difficulté pour opérer cette juxtaposition, nous incisons verticalement la muqueuse de son lambeau vers son tiers postérieur, et par cette précaution que notre expérience nous a démontré être très-propre à augmenter l'extensibilité des tissus, nos lambeaux s'allongent davantage, sont plus facilement rapprochés, et trois points de suture entortillée, placés comme pour le bec de lièvre, les tiennent affrontés l'un à l'autre. Les bords supérieur et inférieur sont maintenus en contact avec les parties correspondantes par un nombre suffisant de points de la même suture, que l'on sait être faite avec des aiguilles droites ou même des épingles qui doivent rester en place, fixées qu'elles sont par des entrecroisements de fils convenablement disposés.

L'ouverture buccale se trouve de la sorte formée par la lèvre supérieure demeurée intacte, et par le bord supérieur de la nouvelle lèvre, lequel était encore saignant, excepté dans l'étendue d'un demi centimètre que nous avions pu conserver. Cette ouverture avait donc la même étendue qu'avant l'opération.

X. — *Procédé de Blasius.* — Le procédé de Blasius sera plus facilement compris par la lecture de l'observation suivante à laquelle est annexée une figure que par toute autre description. Nous croyons que ce procédé doit diminuer très-notablement l'orifice buccal, bien que l'auteur affirme dans l'observation que le résultat fût bon.

Observation IX (1).

(Traduite de l'allemand, par notre ami M. Ernest Ceppi, externe des Hôpitaux).

Fig. C. et D. — Homme de cinquante-six ans, cancer de la lèvre, volumineux. A droite l'incision commença à la lèvre supérieure, un peu au-dessus de la commissure, décrivit une courbe considérable, circonscrivant la tumeur jusqu'à un demi au dessous du menton, et dépassant la ligne médiane de la même quantité. On fit une incision semblable du côté gauche, toutefois, un peu plus courte et moins courbe. Elle rencontrait la première incision en *c*, un peu à gauche de la ligne médiane. La production morbide, ainsi circonscrite, fut disséquée. L'os maxillaire lui-même fut ruginé légèrement; les artères qui donnaient, furent tordues; on fit alors une autre incision *dhi* commençant au bord droit de la plaie, au-dessus du bord de l'os, s'écartant à l'angle droit et dans l'étendue d'un bon pouce du bord de la solution de continuité, remontant ensuite en décrivant une courbe le long du bord du maxillaire et s'étendant le long de ce bord sur le masséter. Le lambeau *adhi*, pris de cette manière sur la joue, fut séparé du maxillaire; la même chose fut faite du côté gauche, toutefois l'incision fut commencée à une plus grande distance du bord de l'os, et le lambeau *befg* se trouvait par conséquent plus court. Les deux lambeaux réunis au moyen de sutures, entortillées par leurs extrémités, étroites, représentaient la nouvelle lèvre inférieure, et leur réunion se trouvait à gauche de la ligne médiane.

Il s'agissait maintenant de restaurer la plaie restante : pour cela l'auteur disséqua les deux angles qui formaient les parties

1. Blasius cité par Guntler et Kühn, médecine opératoire, tome 6 et 7, page 76.

molles des deux côtés du menton; il disséqua également les bords contigus de la plaie. Ces parties furent décollées dans la direction de l'angle du maxillaire, et surtout sur le menton. Une incision, longue d'un pouce, *ck*, descendait de l'angle inférieur de la plaie *c* ; les angles *hdc*, *cef*, furent répartis en haut et rapprochés de manière qu'ils se touchaient sur la ligne de réunion de la nouvelle lèvre inférieure et que le bord inférieur de celle-ci était partout en contact avec la peau reportée en haut. Les bords de la plaie furent réunis soigneusement par des sutures, la tête inclinée latéralement. Comme pansement on se servit du bonnet de Köhler. Le résultat fut bon.

§ IV.

Méthode franco-indienne.

C'est l'union de la méthode française à lambeaux latéraux et de la méthode indienne. Les lambeaux sont donc pris sur les côtés, mais ils ne subissent qu'une faible torsion ou plutôt une simple rotation. De cette façon on évite la mortification des lambeaux qui ont une vitalité plus grande, en raison de leur peu de longueur et de la largeur de leur base.

XI. *Procédé de Sédillot.* — M. Sédillot enlève le cancroïde par une incision rectangulaire. Il prolonge les deux incisions verticales de ce rectangle, puis il fait de chaque côté et en dehors de celle-ci une incision verticale, qui, leur est parallèle. Une autre incision inférieure est faite transversalement, également des deux côtés, et ainsi on limite sur chaque partie latérale de la région mentonnière un lambeau rectangulaire adhérent en haut par son pédicule. Ces deux

lambeaux libres et pendants sont ramenés par un quart de rotation sur leur base à la place de la lèvre inférieure. Leur côté interne devient ainsi horizontal et forme le bord labial ; leur côté inférieur, devenu vertical, va former raphé sur la ligne médiane. M. Sédillot a écrit (1) que la vitalité parfaite des lambeaux, augmentée par la largeur de leur base, permet de réaliser avec succès l'ingénieuse idée de Delpech et de doubler la peau sur elle-même pour remplacer la muqueuse. Cependant, il n'a pas mis cette idée en pratique dans l'opération qui fait l'objet de l'observation X.

Appréciation. — Ce procédé est bon, mais il nécessite sept incisions, une torsion des lambeaux de 90° 24 points de suture, de sorte que les chances de réunion immédiate sont diminuées.

Modification de Brüns. — Brüns (2) a remplacé les lambeaux verticaux et inférieurs de Sédillot par deux lambeaux verticaux et supérieurs. L'opération est absolument la même : on rabat les lambeaux autour de leur pédicule qui est inférieur et on dirige la rotation de manière que leur bord externe devienne supérieur et forme le bord libre de la nouvelle lèvre.

1. *Gazette médicale de Paris.* 1848, page 8.
2. Güntler et Kühn, Méd. opératoire, T. 6 et 7, p. 86.

Observation X (1).

Velon (Jean-Nicolas) présente, à son entrée à la clinique du professeur Sédillot, tout le bord libre de la lèvre inférieure, d'une commissure à l'autre, une petite partie des joues et de la saillie du menton, atteints par l'ulcère et détruits. Deux eschares de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, produits par les dernières cautérisations faites chez lui, avant son entrée à l'hôpital, existent aux angles de la bouche. La muqueuse labiale est presque partout intacte, et seulement érodée sur le bord de la lèvre. Cette membrane est renversée en dehors. Les dents incrustées de tartre restent découvertes, et la salive s'écoule d'une manière continue et involontaire sur les vêtements du malade.

Les tissus qui environnent l'ulcère sont légèrement boursoufflés, mais non douloureux. Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés. M. Sédillot ayant examiné au microscope quelques parcelles de la surface ulcérée, n'y reconnut pas les éléments caractéristiques du cancer, et diagnostiqua un simple cancroïde de la lèvre ....

Le 6 mai, après avoir fait éthériser le malade, afin de se donner le temps de l'opérer avant son réveil, M. Sédillot circonscrit l'ulcère avec deux incisons verticales, ayant leur point de départ au-delà et au-dessus des commissures et réunies transversalement par une troisième incision horizontale passant au-dessus de la houppe du menton.

Le lambeau ainsi limité fut disséqué et enlevé en ménageant la membrane muqueuse, et il en résulta une large plaie quadrilatère A (fig. E) produite par l'ablation des parties malades.

Dans un second temps, M. Sédillot procéda à la réparation de la lèvre.

1. Sedillot, *Gazette médicale de Paris*, 1848.

Une première incision commencée à la hauteur du rebord labial, et à un large travers de doigt en dehors de la perte de substance, descendit verticalement à gauche sur une portion de la joue, puis sur l'os maxillaire et fut prolongée de deux centimètres dans la région sus-hyoïdienne *cc* (fig. E).

Une deuxième incision *dd* commencée plus bas et plus en dedans, de l'angle même de la première plaie résultant de l'ablation de l'ulcère, fut aussi pratiquée verticalement et réunie à la précédente par une section transversale *ee*. Le lambeau cutané ainsi formé (fig. E) fut immédiatement détaché de bas en haut des parties subjacentes. La même manœuvre fut ensuite répétée du côté droit, et M. Sédillot obtint de cette manière deux lambeaux latéraux qu'il souleva et renversa en dedans l'un vers l'autre et s'assura qu'il était facile de les affronter sur la ligne médiane, *b* (fig. F).

M. Sédillot ayant constaté que la perte de substance était très-régulièrement comblée par ce procédé, réunit en premier lieu avec des épingles les deux bords des plaies verticales *dd*, produites pour la formation des lambeaux. Ceux-ci furent ensuite réunis entre eux *b*. puis avec le menton *cc* inférieurement et avec la portion conservée de la membrane muqueuse *aa* supérieurement. Toutes ces dernières sutures furent faites en surget en se servant d'une aiguille ordinaire et d'un fil très-fin...

Le malade revint à Strasbourg en juillet et à la fin du mois d'août. La cicatrice était restée intacte, et la nouvelle lèvre, ainsi que les commissures, étaient devenues plus souples, plus minces et par conséquent plus régulières. Les dents étaient entièrement cachées, et, malgré la trace des cicatrices, on aurait difficilement soupçonné la nature et la gravité de l'opération que le malade avait subie.

XII. — *Procédé de Syme.* — On fait partir de chaque commissure une incision qui se dirige obliquement en bas, du côté opposé au point de départ et qui se termine en

forme d'arc, à concavité tournée en haut et en dehors. On dissèque ensuite les deux lambeaux latéraux et on les redresse de façon à donner à leur partie oblique une direction horizontale, de telle sorte que les deux branches du V supérieur relevées forment le bord libre de la lèvre inférieure. Les côtés du triangle inférieur se réunissent sur la ligne médiane par leur bord convexe, suivant une direction perpendiculaire à la première. On fixe le tout par des points de suture entortillée. La plaie d'emprunt se cicatrise spontanément. On obtient ainsi de bons résultats.

Observation XI (1), (traduite par M. Seppi).

Un homme de quarante-cinq ans avait été opéré six ans auparavant par Syme pour un cancer de la lèvre inférieure, et il était resté bien portant durant quatre ans. Le cancer qui s'était reformé occupait maintenant toute la lèvre, et laissait à nu les dents inférieures.

Opération. — La production morbide fut enlevée au moyen d'une incision cunéiforme qui partait des deux angles de la bouche. De la pointe de cette incision on fit de chaque côté une incision dirigée d'abord obliquement en bas et en dehors, et terminée en forme d'arc en haut et en dehors (*fig. I*). Les lambeaux cutanés circonscrits de cette manière furent décollés et ramenés en haut et en dedans. De cette façon les bords du triangle supérieur formaient une ligne horizontale qui représentait le bord libre de la nouvelle lèvre inférieure; les côtés du triangle inférieur se réunissaient sur la ligne médiane, suivant une direction perpendiculaire à la première. Cette juxtaposition fut rendue possible par la direction curviligne et l'étendue de

1. Syme cité par Gunther et Kuhn, médecine opératoire, Tome 6 et 7, page 56.

l'incision. Le rapprochement fut effectué au moyen de quatre fils pour la ligne verticale et au moyen de quatre autres fils de chaque côté pour les sections curvilignes (*fig. J*). L'auteur ne dit pas si le bord libre de la lèvre fut ourlé.

XIII. — *Procédé de M. Laorden.* — M. le Dr Robert veut bien nous communiquer un procédé qu'il a publié dans sa thèse à Madrid en juin 1873, et qui appartient à M. André Laorden, professeur de clinique chirurgicale à Valladolid (Espagne).

Dans ce procédé, on limite la tumeur par une incision composée en V, et, après son extirpation, on prolonge une des branches du V d'une quantité suffisante. Je dis suffisante parce que le bord résultant de cette incision prolongée est destiné à former le bord libre de la nouvelle lèvre (Fig. M.). A la terminaison de cette incision prolongée, on en pratique une autre à angle aigu dirigé en bas et en dehors et parallèle à l'autre côté du V formé par les deux incisions primitives.

Le premier temps de l'opération peut se modifier en traçant d'un coup l'incision qui comprend la branche du V, etc., son prolongement, puis on fait ensuite l'incision de la seconde branche du V. On enlève la tumeur et il reste un lambeau triangulaire à base très-large lui assurant sa nutrition.

Le second temps de l'opération comprend la dissection du lambeau qui vient facilement s'appliquer à la place qu'il doit occuper en l'inclinant par en haut.

On applique trois ou quatre points de suture entortillée pour le maintenir. La cicatrisation des bords se fait rapide-

ment, ainsi que celle de la plaie triangulaire qui existe à l'endroit où l'on a pris le lambeau (Fig. N).

M. Robert nous a assuré que le malade traité par ce procédé était sorti le dix-huitième jour de l'hôpital, parfaitement guéri et ayant une lèvre très-convenable.

XIV. *Procédé de M. Trélat.* — M. le professeur Trélat a publié dans la *Gazette hebdomadaire* de 1862 (1) un nouveau procédé de cheiloplastie pour la lèvre inférieure. Nous donnons plus loin l'observation du malade opéré suivant cette nouvelle méthode ; la lecture de cette observation, à laquelle est annexée une figure, fera mieux comprendre le procédé opératoire que toute autre description. Nous le croyons supérieur à ceux de Sédillot et de Syme que nous avons déjà exposés ; d'ailleurs, pour l'apprécier, nous ne pensons pouvoir mieux faire que de citer une partie de la communication très-intéressante que M. Trélat a faite à la Société de chirurgie.

« Ce procédé, dit M. Trélat (2), diffère de celui de Syme par la conservation intégrale du menton qui n'est généralement pas intéressé quand il s'agit du cancroïde de la lèvre, qui fournit un support solide aux lambeaux réparateurs et maintient consécutivement la hauteur de la lèvre restituée, disposition importante.

Il diffère du procédé de Sédillot par la direction oblique des lambeaux, tandis que notre éminent collègue taillait les siens verticalement, libres en bas, adhérents en haut. Cette différence, qui semble minime d'abord, constitue

1. Trélat. *Gaz. hebdomadaire* 1862, page 84.
2. Société de chirurgie 1877 tome III p. 170.

cependant une amélioration considérable, quand les commissures sont altérées et doivent être sacrifiées. En effet, dans le procédé de Sédillot. les deux lambeaux devront être éloignés l'un de l'autre de toute la partie à enlever, c'est-à-dire qu'on sera conduit à les reculer d'autant plus vers la joue que la commissure est plus intéressée. De plus, la nouvelle commissure est formée par la base du lambeau tordue à 45°, condition peu favorable au rétablissement des formes, tandis que je ne fais subir à la base de mes lambeaux qu'un déplacement augulaire de 15 à 20° qui ne détermine ni pli ni souffrance, et donne en somme un excellent résultat. Ce procédé est relatif à la réparation de toute la lèvre inférieure et des deux commissures ; il nécessite deux lambeaux, un de chaque côté du menton. Si l'une des commissures et une partie de la lèvre sont intactes, on pourra se contenter d'un seul lambeau taillé suivant le même principe et déplacé de la même façon.

Il y a dix jours, j'ai pratiqué cette opération chez un homme de 72 ans qui portait un cancroïde occupant, sur une hauteur de plus de deux centimètres, les deux tiers et la commissure gauche de la lèvre inférieure. La petite plaie latérale résultant du déplacement du lambeau n'est point encore guérie, mais toutes lesréunions sont complètes et solides, et vous pouvez juger le résultat sur le malade à l'état de repos, quand il ouvre la bouche ou qu'il rit. Quelques personnes ont même pous é la bienveillance jusqu'à ne pas s'apercevoir qu'il eût subi une opération ! » (Fig. Q et R).

L'éminent professeur montra à ses collègues la photographie du premier malade après sa guérison, et leur présenta ensuite le second dix jours après l'opération qu'il

avait subie. Nous regrettons de ne pouvoir en faire autant ici, car ce serait un excellent moyen de prouver la supériorité du procédé de M. Trélat.

Observation XII, recueillie par M. Laborde, interne distingué des Hôpitaux (1)

Le nommé Boudier (Jean-Baptiste), âgé de cinquante-huit ans, homme de peine, marié, se présentait à la Charité, le 8 octobre 1861, pour une affection qu'il portait à la lèvre inférieure. Si le doute n'était guère permis même à un examen immédiat et superficiel sur la nature du mal ni sur le remède efficace qui pût y être apporté, son ablation par une opération sanglante, celle-ci, du moins, exigeait un examen plus circonstancié de la maladie. Sa sollicitation spontanée d'entrer à l'hôpital levait toute difficulté et il fut admis, le même jour, au n° 3 de la salle Saint-Jean.

C'est un homme de petite taille, habituellement occupé aux travaux des champs. A part l'affection toute locale qui l'amène, il jouit d'une parfaite santé et en a les apparences.

Le malade fait remonter exactement à trois ans le début de sa tumeur. A cette époque, dit-il, apparut, pour la première fois, au côté gauche de sa lèvre inférieure, comme une petite verrue. Il n'en connaît point la cause, mais il raconte, très-explicitement, qu'il avait l'habitude de fumer une pipe très-courte, constamment tenue du côté gauche de la bouche, juste sur la partie de la lèvre inférieure qui paraît être devenue le siége primitif du mal.

Quoi qu'il en soit de cette circonstance et de son influence étiologique, la petite excroissance fit, pendant deux années, des progrès très-lents qui l'amenèrent au volume approximatif d'une

1. Trélat, Gaz. hebdomadaire 1862 p. 84.

grosse amande et à l'occupation de toute la portion gauche de la lèvre. Très-inquiet, le malade alla consulter, à la Trappe, et là subit une première opération sur laquelle il ne peut d'ailleurs fournir aucun renseignement ; une trace très-visible, sous forme de cicatrice linéaire verticale, d'environ un centimètre et demi, est située sur la lèvre inférieure. Il y avait juste un an, le 7 août dernier, qu'elle fut pratiquée. Mais à peine quatre mois s'étaient-ils écoulés, que le mal se reproduisait avec une extrême rapidité. C'est au point qu'aujourd'hui il n'existe plus, à proprement parler, de lèvre inférieure. Toute celle-ci a disparu sous une tumeur oblongue, mamelonnée, à bords renversés, à large surface ulcérée. Ses limites apparentes en longueur, c'est-à-dire dans le sens transversal, semblent dépasser à peine les commissures ; mais, en réalité, elles sont plus reculées, à cause de la marche plus envahissante du cancroïde à l'intérieur de la bouche que sur la peau. On constate aisément par le toucher et la vue que la muqueuse labiale tout entière et une notable portion de la face interne des joues sont occupées par la tumeur. Celle-ci s'étend de chaque côté, en dehors et un peu en haut, de 2 centimètres à gauche, de plus de 1 centimètre à droite. La lèvre supérieure elle-même est intéressée à ses deux extrémités, à gauche, au moins de 1 centimètre, à droite, de 6 à 7 millimètres. En somme, la tumeur occupe toute la lèvre inférieure jusqu'au cul-de-sac guingivo-labial, les deux commissures, une certaine étendue des joues, les deux extrémités de la lèvre supérieure.

Ainsi constituée, elle se renverse de dedans en dehors, de manière à présenter à l'extérieur une surface ulcérée et saignante, saillant en avant de 2 centimètres. Cette surface est dure, calleuse au toucher et dénuée de toute douleur spontanée ou provoquée. La peau qui lui fait suite est saine et mobile à partir du sillon mento-labial. L'arcade dentaire, avec sa muqueuse, et la portion de l'os maxillaire sous-jacente, paraissent être également saines. Un seul ganglion tuméfié et induré existe du côté

droit, aux environs de la glande sous-maxillaire ; mais cette induration médiocre peut très-bien s'expliquer par un état inflammatoire subaigu, explication qui s'est vérifiée par la suite.

Après avoir bien examiné la tumeur, je constatai que la perte de substance résultant de l'ablation totale serait limitée en bas par le sillon mento-labial. de chaque côté par une ligne qui de ce sillon gagnerait les joues, et en haut par des lignes allant de la lèvre supérieure à l'extrémité des lignes précédentes.

Le 16 octobre, opération.

Décubitus dorsal, anesthésie par le chloroforme.

Je fais sur la lèvre supérieure, du côté gauche, une incision de 1 centimètre comprenant toute son épaisseur et dirigée en haut et un peu en dehors. De cette incision en part une autre AB, se dirigeant vers le centre de la joue, longue de 35 millimètres. Une troisième, BC, allant rejoindre le sillon mento-labial a 42 millimètres. Ces deux dernières incisions formant un V ouvert en dedans, sont conduites de manière à intéresser plus largement la muqueuse buccale que la peau ; elles sont obliques aux dépens de la face interne de la joue, ce qui permet de ménager la peau en dépassant partout les limites de la tumeur.

Pour éviter une répétition inutile, je dirai tout de suite que la même manœuvre fut suivie pour le V du côté droit. La branche supérieure de celui-ci, composée d'une première partie un peu plus verticale et d'une seconde plus longue et plus horizontale, mesure 28 millimètres ; sa branche inférieure 38 millimètres. La tumeur ne tenait plus alors que par sa partie inférieure ; une incision horizontale, profonde et longue de 3 centimètres, la détacha au niveau du sillon mento-labial. Chemin faisant j'avais lié les deux coronaires labiales et tordu deux artérioles.

Aussitôt après cette ablation, la bouche, largement ouverte, presque jusqu'aux masséters, put être débarrassée des caillots et du sang qui s'y étaient accumulés.

Après un moment de repos, je taillai les lambeaux autoplastiques.

Des deux extrémités C et C' de l'incision horizontale, je fis partir deux autres incisions dirigées en bas et un peu en dehors, longues de 30 centimètres; elles dépassaient un peu le bord inférieur de la mâchoire. Les deux lambeaux furent limités par une dernière incision semblable de chaque côté DE; celle-ci longue de 28 millimètres, très-légèrement courbe, à concavité supérieure, formait un peu plus d'un angle droit avec la ligne CD. Ces incisions intéressaient la peau, le tissu cellulaire, les muscles sous-jacents.

Immédiatement je détachai chaque lambeau de ses adhérences profondes jusqu'au-delà de sa base BE. Après ce temps de l'opération, chacun d'eux représentait assez bien l'extrémité inférieure d'une jugulaire de casque (fig. 0). Je m'assurai que les lambeaux, remontés vers la lèvre supérieure, venaient facilement à la rencontre l'un de l'autre sur la ligne médiane, et je procédai alors à la réunion.

Si l'on comprend bien la situation, il est aisé de voir que le menton intact et conservé dans sa position normale allait servir de soutien à la nouvelle lèvre. En effet, reportant les lambeaux vers la lèvre supérieure, au-dessus du menton, je les réunis l'un à l'autre sur la ligne médiane, suivant leurs bords CD, C'D', à l'aide de quatre points de suture entortillée (Fig. P). Les trois épingles supérieures furent placées avec la plus grande facilité, l'inférieure seule nécessita une traction modérée. Je m'occupai alors de fermer les deux V qui cernaient chaque commissure. Cette réunion consista en un rapprochement des branches après glissement sur la ligne médiane de la branche inférieure sur la supérieure; ce glissement était une conséquence forcée de la suture des deux lambeaux. A droite, deux épingles furent suffisantes pour obtenir la suture BA. Mais à gauche, comme l'incision supérieure offrait une forte brisure décrite plus haut, après avoir réuni suivant B'A', j'obtins au niveau de la commissure un gros pli, une sorte de godron de la lèvre supérieure d'un très-mauvais effet. Heureusement en affrontant l'un à l'autre les

deux côtés de ce pli suivant une petite ligne presque verticale en A', je pus rétablir la lèvre supérieure en position et la maintenir par une épingle (non figurée) qui intéressait à la fois le lambeau inférieur, la joue et la lèvre supérieure. Aujourd'hui que la guérison est achevée, toute trace de boursoufflure a disparu.

Il reste à décrire une dernière partie de l'opération un peu difficile à faire comprendre, parce que la laxité des tissus a permis un résultat qui paraît impossible à première vue. La ligne DE (fig. O) s'est allongée au point de nous donner le DE de la figure P. Du reste, on éprouvera moins de surprise si l'on veut bien se souvenir que cette ligne DE est tracée sur les parties inférieures et latérales de la face, où les téguments jouissent d'une remarquable mobilité. Je pus alors, en écornant légèrement avec le bistouri les angles C (fig. P) du menton conservé, unir celui-ci en haut et sur les côtés avec le bord inférieur DE de chacun de ces lambeaux. Cette réunion à l'exception du point inférieur, fut faite par la suture entrecoupée. De chaque côté, j'abandonnai à la suppuration deux petits espaces triangulaires de 15 millimètres de hauteur, résultant du déplacement des lambeaux.

L'opération était achevée et donnait un aspect dont on peut très-bien juger par la figure P. Il n'y avait de tension qu'en un seul point, en D, encore celle-ci était-elle assez modérée pour que la pression des doigts pût déterminer le froncement de la suture. Cette tension déterminait une forte saillie du menton très-favorable au maintien des lambeaux et à la conservation des formes. La nouvelle lèvre offrait une hauteur qui permettait d'attendre en toute sécurité la rétraction prévue.

A cause de la longueur de cette observation, qu'il nous soit permis de résumer les suites de l'opération. — Le surlendemain le malade fut atteint d'un érysipèle dont il guérit. La réunion primitive de la commissure droite manqua, mais le 19 octobre les sutures iuférieures sont en bon état et on peut enlever tous les points intermédiaires. Le 20, on enlève tous le

points de suture restants, excepté l'épingle inférieure de la suture verticale médiane, qu'on laisse en place jusqu'au 22. Ce jour, une petite portion du lambeau inférieur droit, comprise entre l'épingle supérieure et le bord libre, s'est mortifiée et se détache; cela produira en ce point une petite encoche allongée ayant 3 à 4 millimètres. Le 24 la réunion est solide et complète sur toutes les sutures inférieures; elle a échoué sur toute la plaie commissurale droite et dans une petite portion de la gauche. Le lendemain, M. Trélat pensa qu'il pourrait essayer la réunion secondaire à la commissure droite, et il appliqua un point de suture enchevillée avec un fil métallique, mais, après 24 heures, la peau offrant une tension d'un rouge luisant, il craignit de rappeler l'érysipèle, et enleva la suture, se réservant d'y revenir après la guérison définitive.

A partir du 28 octobre tout marcha à souhait. Les deux commissures subirent un travail de réunion secondaire avec rétraction lente des angles qui démontra l'inutilité de toute nouvelle opération sur ces deux points. La nouvelle lèvre perdait un bon tiers de ses dimensions primitives en hauteur; elle contractait en même temps des adhérences inévitables par sa face postérieure avec l'arcade gingivale, en même temps les deux petites plaies triangulaires inférieures cachées sous la mâchoire se réduisaient à des dimensions insignifiantes.

Le 7 novembre, l'opéré était définitivement guéri. Le résultat désiré était atteint sur tous les points.

Aujourd'hui, 10 décembre, l'aspect du visage est très-convenable; la préhension des aliments s'opère bien; le malade est parfaitement heureux de son état, malgré quelques légers inconvénients dont il prend son parti. Sans doute, on pourrait demander plus de facilité de la parole, une rétention plus complète de la salive qui s'écoule en petite quantité au moment des repas; mais c'est là une exigence à laquelle il n'était pas possible de donner satisfaction.

XV. — *Procédé de M. Benjamin Anger.* — M. Benjamin Anger a appliqué cette année sur une vieille femme de son service un nouveau procédé de cheiloplastie, utile surtout lorsque la plaie résultant de l'ablation du cancroïde comprend tout le menton. Après avoir enlevé le cancroïde, M. Benjamin Anger fait au cou deux incisions *cde* (Fig. S) se réunissant en *d*, de façon à avoir un lambeau quadrangulaire *bcde*. Il sépare ce lambeau des parties sous-jacentes, ne le laissant adhérer que par son pédicule *be*, puis il fait glisser ce lambeau vers le haut de façon à ce qu'il vienne remplacer la portion de lèvre enlevée. Le bord *bc* vient ainsi prendre la place du bord libre de la lèvre et se place en *ba* ; *cd* vient en *ac*, et *ed* en *ec*.

On fixe *cd* en *ac* par des points de suture. Quant à la plaie d'emprunt elle se cicatrise spontanément. (Fig. T). Le lambeau ainsi formé est plein de vitalité, parce que le mouvement de rotation qu'il a subi est peu considérable et que son pédicule est large.

La femme que M. Benjamin Anger opéra, guérit parfaitement ; l'observation n'a pas été recueillie, mais la photographie qu'on conserve dans le service prouve l'excellence de ce procédé. La lèvre est complétement rétablie, remplit toutes ses fonctions et il ne reste du côté gauche qu'une cicatrice peu apparente.

§ V.

Cheiloplastie par échange d'une lèvre à l'autre.

XVI. *Procédé de M. Sédillot.* — Nous croyons devoir rapporter l'observation suivante de M. Sédillot dans la-

quelle il cite un cas où il se servit du bord libre de la lèvre supérieure pour reconstruire la lèvre inférieure.

L'opération réussit comme le prouva la photographie que M. Sédillot mit sous les yeux de l'Académie; mais il existait un peu de rétrécissement de l'ouverture buccale. Le mode opératoire étant décrit dans l'observation, il ne nous semble pas utile de le rapporter ici.

Observation XIII (1).

Nouveau procédé de cheiloplastie par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée — Schmidt (Henry), âgé de 65 ans, fut reçu à la clinique le 30 novembre 1855. Les trois quarts gauche de la lèvre inférieure avaient été détruits par un cancer épihélial à marche aiguë, qui datait seulement de 6 mois.

La muqueuse buccale siégeant en dedans de la commissure gauche était altérée et formait un bourrelet dur et épais. Les procédés ordinaires de cheiloplastie offraient peu de chances de réussite, et voici l'opération que je pratiquai le 18 décembre 1855.

Tout le cancer fut circonscrit entre deux incisions en V continuées jusqu'au contour cervical du maxillaire. Les joues furent ensuite fendues horizontalement, au niveau des commissures, par une section plus prolongée à gauche que du côté droit.

Le bord libre de la lèvre supérieure, qui était-très large, fut partiellement détaché de dehors en dedans sur une longueur de 15 à 20 millimètres, puis renversé et fixé sur la surface des lambeaux destinés à reconstituer la lèvre inférieure. Celle-ci se trouva ainsi revêtue de chaque côté par le lambeau muqueux emprunté à la lèvre supérieure et, au milieu et un peu à droite, par la petite portion de membrane muqueuse conservée sur le quart droit de la lèvre inférieure, resté intact.

1. Sédillot. Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences 1856, T. 42 page 189.

Des épingles réunirent les parties dénudées de la lèvre supérieure tirée en arrière à la portion inférieure de la joue qui avait été divisée horizontalement et fortement tirée en avant pour remplacer la lèvre enlevée. D'autres épingles maintinrent sur la ligne médiane l'affrontement des deux moitiés de la nouvelle lèvre, et quelques points de suture entrecoupée assujettirent la membrane muqueuse.

Le 29 du même mois, onzième jour de l'opération, le malade fut photographié (M. Sédillot place une épreuve sous les yeux de l'Académie) et il quitta la clinique le 14 janvier, complétement guéri. Les plis de cicatrice, encore un peu saillants vers les commissures, disparaîtront ; mais déjà tel qu'il a été présenté, le malade offrait une lèvre régulière, d'une hauteur suffisante, ayant un rebord libre muqueux, lisse et arrondi ; les dents étaient bien cachées et la salive n'avait aucune tendance à s'écouler spontanément. Les commissures étaient bien marquées, et l'ouverture buccale également rétrécie supérieurement et inférieurement, sans qu'il en résultât aucun obstacle pour l'introduction des aliments ou l'émission de la voix.

Une importante recommandation que nous nous permettrons d'adresser à ceux qui seraient tentés d'imiter ce procédé, est de diviser le bord libre de la lèvre saine à plusieurs millimètres au-delà de la membrane muqueuse. En laissant sur le lambeau une petite portion de tégument externe, on en assure mieux la vitalité, et on obtient surtout des réunions plus faciles et des cicatrices plus régulières et moins apparentes.

RÉSUMÉ.

Chap. I. — Excision en V et suture sans autoplastie.

Chap. II. — Excision simple sans suture ni autoplastie.

Chap. III. — Cheiloplastie.

§ 1. — *Méthode italienne.* Tagliacozzi.

§ 2. — *Méthode indienne.* Delpech.

— — Lallemand.

§ 3. — *Méthode française.*

A. Lambeau vertical, médian ramené par ascension.
Cas spéciaux :

{ Chopart I.
Roux II.
Lisfranc III.

a. Une partie du bord de la lèvre est sain. Serres IV.

b. Tout le bord libre est sain ainsi qu'une grande partie de la peau du menton. Viguerie V.

B. Lambeaux latéraux. Horn VI.

— — Serres. Iasche. Bulow. VII.

— — Dieffenbach VIII.

— — Malgaigne. Payan IX.

— — Blasius X.

§ IV. — *Méthode franco-indienne.* Sédillot. Bruns. XI.

— — Syme. XII.

— — Laorden. XIII.

— — Trélat. XIV.

— — Benj. Anger XV.

§ V. — *Cheiloplastie par échange d'une lèvre à l'autre.* Sédillot XVI.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Nous n'avons pas cru devoir reproduire des figures expliquant les procédés peu usités de Delpech, Lallemand, Chopart, Roux, Lisfranc, etc. — Les numéros en chiffres romains sont ceux des procédés décrits dans le texte, ainsi VII, fig. K correspond au 2e procédé de Serres qui porte le n° VII dans la description.

IV. — 1er Procédé de Serres — fig. A — ACDGIH cancroïde; FDCE lambeau disséqué — AB portion de lèvre conservée — fig. B. — Opération terminée.

VII. — 2e Procédé de Serres — fig. K. — Les incisions sont tracées.

IX. — Procédé de Malgaigne — fig. L. — Les incisions sont faites.

X. — Procédé de Blasius — fig. C. — *abc* cancroïde, *efg*, *dhi*, lambeaux latéraux disséqués. — *ck* incision verticale. Fig. D. Après l'opération.

XI. — Procédé de Sédillot — fig. E. — *a* cancroïde, CDE lambeaux latéraux disséqués — fig. F. — Après l'opération.

XI bis. — Procédé de Bünrs. fig. G. — Les incisions sont tracées. Fig. H. — Après l'opération.

XII. — Procédé de Syme — fig. I. — Les incisions sont tracées. Fig. J. — Après l'opération.

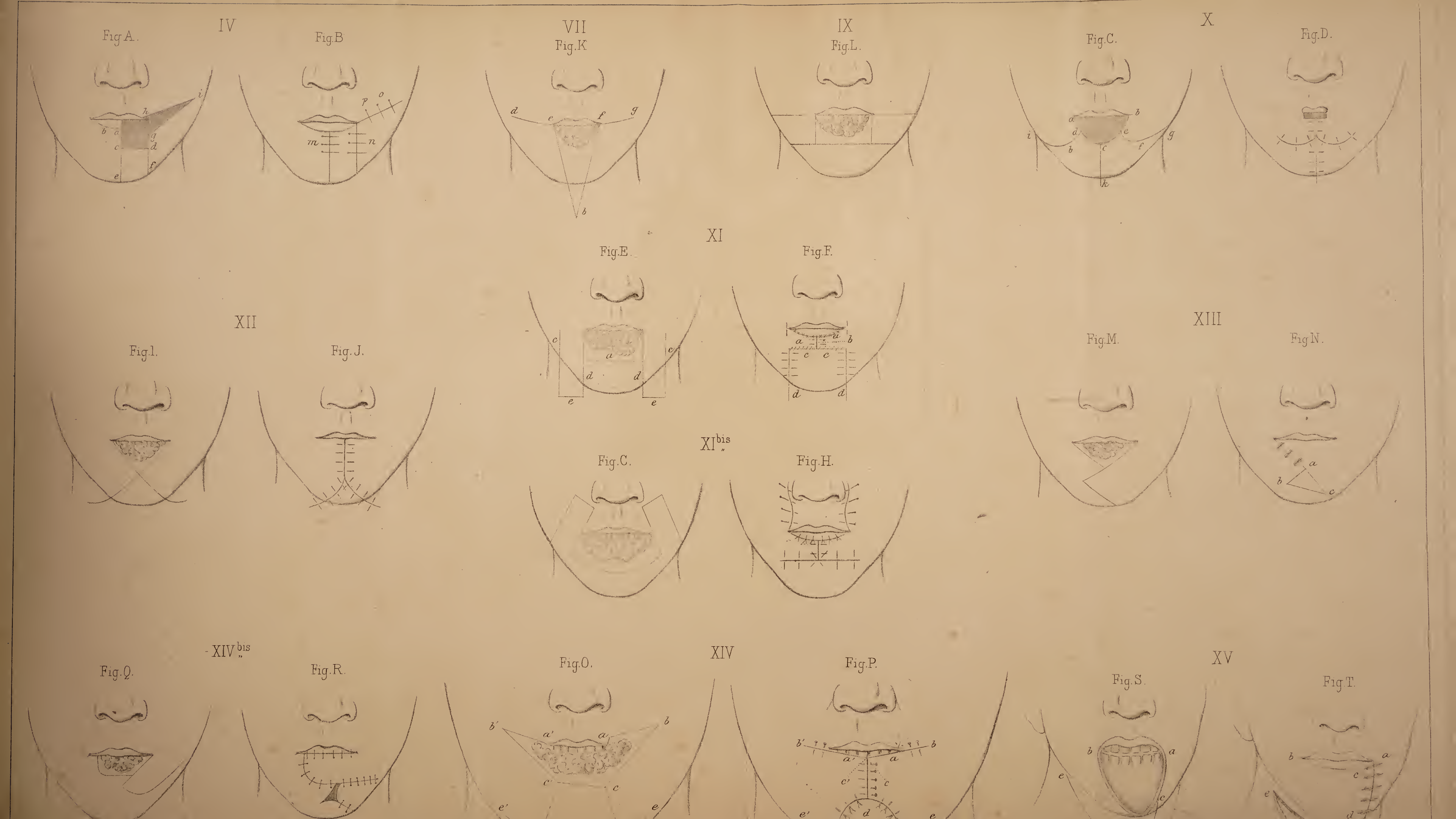
XIII. — Procédé de Laorden — fig. M. — Les incisions sont tracées. Fig. N. — Après l'opération. — *abc* plaie d'emprunt.

XIV. — Procédé de M. Trélat. — Le cancroïde occupe toute la lèvre. — Fig. O — BCDE et B'C'D'E' lambeaux disséqués — fig. P. Après l'opération. — Ces deux figures, ainsi que les deux suivantes sont calquées d'après celles de M. Trélat.

XIV bis. — Procédé de M. Trélat. — Le cancroïde n'occupe qu'une partie de la lèvre. — Fig. Q. Les incisions sont tracées. — Fig. R. Après l'opération.

XV. — Procédé de M. Benj. Anger — fig. S. Le cancroïde est enlevé — *bcde* lambeau disséqué — fig. T. — Après l'opération. *ced* plaie d'emprunt.

Imprimerie A. DERENNE, Mayenne. — Paris, boulevard Saint-Michel, 52.


IV
Fig.A.
Fig.B
VII
Fig.K.
IX
Fig.L.
X
Fig.C.
Fig.D.
XI
Fig.E.
Fig.F.
XII
Fig.I.
Fig.J.
XIII
Fig.M.
Fig.N.
XI bis
Fig.C.
Fig.H.
XIV bis
Fig.Q.
Fig.R.
XIV
Fig.O.
Fig.P.
XV
Fig.S.
Fig.T.